

## アルツハイマーや他の認知症を伴う 高齢知的障害者のアセスメントの指針

植 田 章

〔抄 録〕

本稿では、知的障害者の高齢期の生活をより豊かなものにするために、ケアマネジメントにおいて重要なアセスメントの視点と方法について論じた。その際、知的障害のある高齢期の人々の生活支援にとって、医療や保健、リハビリテーション、精神的なサポートは欠くことができないという点から、国際知的障害研究協会(IASSID)が示した「アルツハイマーや他の認知症を伴う成人期の知的障害者のアセスメントとケアのための指針」について取り上げ紹介した。「指針」は、(1)患者一人ひとりに応じたケアが必要であり、この必要性がケアの仕方を決定しなければならない。(2)加齢に伴う身体的・精神的変化は自然なことであり、この事実を受け入れなければならない。(3)加齢とともに体力や感覚器官(耳や目など)の動きは低下するが、知的障害とは無関係である。(4)ダウン症候群の患者はアルツハイマー病を発症する可能性が高い。(5)アルツハイマー病認知症と思われる行動の変化が、可逆的であればアルツハイマー病が原因ではない。(6)個人の能力や身体機能は一人ひとり異なり、その個人の能力や機能に基づいて、その後の変化を評価する必要があるという点である。

高齢期を迎えても住み慣れたまちで暮らし続けるには、何よりも地域の医療機関、プライマリーなレベルからのアプローチが決定的に重要である。またアセスメントにおいても、日常的な行動における観察の評価項目を決め、長期にわたる継続的な臨床検査及び日常的なアセスメントの実施が大切である。もちろん、本人の生活歴など別の方法で変化の評価を行うことも必要であり、こうした継続的な社会福祉のアセスメントを実施していくことが予防的なケアの提供、より豊かな生活支援に結実していく。

最後にアセスメントといった福祉技術の展開過程における実践的課題の検討を進めていく際に福祉労働論・実践論に着目する意義について言及した。

キーワード 高齢知的障害者、ケアマネジメント、アセスメント、アルツハイマー、国際知的障害研究協会(IASSID)

## はじめに

わが国での高齢者の生活支援は 1990 年代に入ってから生活施設・居宅の両面にわたって実践的にも急速な展開をみせてきた。しかし、障害者の加齢に対応した生活支援のあり方は、福祉施設も含めて、これまでそう大きな課題として意識されていない。ところが、知的障害者入所更生施設で暮らす 60 歳以上の比率が、1985 年には 2.3% だったものが 2001 年には 10.6% となり、知的障害者通所更生施設並びに通所授産施設においても 40 歳以上の比率は着実に増加している<sup>(1)</sup>。こうした高齢化の確実な進行とともに、施設に暮らす利用者への対応や地域で暮らす障害者の生活支援のあり方が大きな検討課題になっている。

国は 2000 年 6 月に「知的障害者の高齢化対応検討会報告書」をまとめた<sup>(2)</sup>。その概要は（１）高齢知的障害者の今後の地域生活支援のあり方。（２）施設における高齢化への対応。（３）高齢者施策の活用と連携のあり方についてである。しかし、社会福祉構造改革によって、検討会での本質的な議論の成果が政策・制度面での実際的な活用には結びついていない。

以上の点をふまえて、本稿では、知的障害者の高齢期の生活をより豊かなものにするためにケアマネジメントにおいて重要なアセスメントについて検討を加える。その際、国際知的障害研究協会（IASSID）が示した「アルツハイマーや他の認知症を伴う成人期の知的障害者のアセスメントと介護のための指針」について取り上げ、重要なポイントについて紹介する<sup>(3)</sup>。

### １．高齢知的障害者の健康問題とアセスメント

知的障害のある壮年期・高齢期の人々の生活支援に、医療や保健、リハビリテーション、精神的なサポートは欠くことはできない。アセスメントについても、これらの視点からの評価は欠かせない。例えば、知的障害者の場合、抗てんかん剤や精神安定剤等の長期服用者が多いために、副作用の慢性的な蓄積に注意することが肝要である。抗てんかん剤は骨粗しょう症をきたすことがまあり、正常な骨の老年変化の上にさらにこれらが加わると、日常生活のちょっとした不注意が骨折事故につながる恐れもある。その他の精神薬剤連用による医学的管理も欠かせない。また、ダウン症に多くみられる循環器疾患・皮膚疾患も高齢化とともにより重症化する可能性が高いと言われている。女性の健康問題についても、加齢とともに考慮しなければならないことが多くある。国際知的障害研究協会とインクルージョンインターナショナルによる世界保健機関への報告書は、知的障害をもつ女性は、「向精神薬や抗てんかん薬を用いて治療されている知的障害をもつ女性は内分泌および代謝機能を阻害する投薬により健康に長期的影響がもたらされるであろう」、「一般の女性と同様に加齢とともに乳癌や頸部癌に罹患する危険率が増加する」、「乏しい言語理解と言語表現、不安や恐怖は、産婦人科診療の協力を得るのに支障となるであろう。（中略）ここには接触が容易な女性臨床家の不足と関与している」等、

他の女性よりも特定の疾患に関して大きな危険にさらされていることを指摘している<sup>(4)</sup>。確かに、自己のからだの細かな変化を表現したり、不調を訴えることが難しいために、自覚・他覚症状の変化をどのように察知するのか、援助者の日常的な観察が大事になってくる。体力機能や体重の変化にも気を配り、定期的な血圧、検尿、血液検査、生理の状況、失禁チェック等も必要である。視力や聴力の低下について同様である。これらは察知しにくく、誤った対応を行うこともあるだけに、「老化」と思われる兆候がみられた場合、まずは医学的に必要な対応がないかどうかを検討することが大切である。また同報告書は、「知的障害をもつ高齢成人は、慢性疾患のために服薬があり、薬物相互作用の可能性について注意深い検討がなされるべきである。個々の高齢成人の生物医学を基本とする知識とプライマリヘルスケアの提供者との緊密な協力は、薬の安全な処方箋のために必要である。鎮静、錯乱増強、便秘、体位の不安定性、転倒、失禁、体重増加、ステロイドの調整不全、その他の内分泌性または代謝作用及び運動障害のような向精神薬の副作用を最低限にとどめなければならない」と指摘している<sup>(5)</sup>。

筆者は、かつて別の論文で障害者の医療保障と課題について論じた。その中で、障害児・者にとって医療や保健、リハビリテーションは欠くことのできないものであること、疾患や障害そのものが医療や保健、リハビリテーションを必要としていること、それに附随して起る合併症や二次障害についても医療との関わりが必要なこと、そしてこれらの課題は、医療以外の分野、例えば保健・福祉・教育などの連携や専門職種との協力関係がスムーズに行われることで実現されることを指摘した<sup>(6)</sup>。壮年期・高齢期を迎えても住み慣れたまちで暮らし続けるには、何よりも地域の医療機関、プライマリーなレベルからのアプローチが決定的に重要である。アセスメントにおいても、医療医学の到達点や発達障害研究の成果に学びながら、評価項目を設定していくことが大切である。

## 2. あらためてアセスメントとは何か

アセスメントとは「個別支援計画」「施設支援計画」の作成に際して、利用者の生活とおかれている環境との関係において状況を把握し、当事者の希望や意向を尊重しながら、ともに生活課題を明らかにしていく作業のことである。つまり、具体的な生活支援の実施に先駆けて、当事者のおかれている問題状況にかかわる情報の収集と分析を丁寧に進めていくケアマネジメントの過程である。利用者の固有の生活課題を明らかにするために、利用者の「生活のしづらさ」が何によってもたらされているのか、生活課題の実現を妨げている要因について明らかにし、充足するための支援方法を検討することである。例えば、壮年期の身体的・精神的な機能低下が加齢によるものなのか、障害の原因疾患によりもたらされているものなのか、何らかの新たな疾病が進行しているのか、あるいは、本人のおかれている環境との相互作用の結果もたらされているものなのかを明らかにする必要がある。このようにアセスメントは問題発生メ

カニズム・要因を探ることでもある。もちろん、アセスメントは本人の「より豊かな部分」にも着目し、生活を総合的にとらえて支援課題を浮き彫りにすることが大切であり、情報の収集も職員から一方的に行なうのではなく、「対話」や「会話」など本人との共同作業を通して行なわれなければならない。アセスメント面接は、ソーシャルワーク実践の一部としてなされる個別性の高い臨床的な面接調査であると言われている。窪田暁子は、地域ケアにおける生活状況アセスメントのための臨床的面接は、援助場面と課題によって異なることを指摘し、臨床面接の方法を4点に集約している。(1)本人の直面している生活状況を明らかにする共同作業を構成し、客観的な問題状況と本人の問題認識および対処評価、援助者からの適切な情報提供と心理的な支持などの働きかけ、そして当面する課題に関する共通認識の形成が含まれる。(2)より長期の、より体系的、治療的働きかけによる問題認識と対処行動のパターン変容を可能とする援助関係の樹立につながる。(3)極めて個別的な事情と状況に応じて行われ、テーマとその心理・社会的意味が全体として取り扱われる。(4)したがって本人にとっては、自分の生活の現状を見直し、あらたな課題を発見する機会であり、その意味で生活の仕方を変える教育的契機ともなるものである<sup>(7)</sup>。社会福祉面接には本来、心理学や精神医学の研究に加えて社会学及び社会問題研究の成果を取り入れた基礎研究が求められることを強調している。

さて、ICF「国際生活機能分類」のアセスメントモデルは、アセスメントの目的を、(1)何が起きているのかを明らかにする。(2)ニーズを把握する。(3)援助の方向性や目標を把握する。(4)自立支援の可能性を探るとしている。ここで言う「ニーズ」とは、「利用者のおかれている問題状況をつくり出しているさまざまな要因」と定義づけている<sup>(8)</sup>。ただ後でもふれるが、従来のアセスメントが心身機能や能力的な側面に偏りがあることは否めない。人々の生活が、「機能」や「能力」だけでなく生活内容として理解されること、なぜこのような生活困難なり問題を背負わざるを得なかったのか、社会的要因も含めた生活史等の聞き取りを通して理解することが重要である。こうした点から、ここでは十分に取り上げる余裕はないが、ICF「国際生活機能分類」の積極的な側面を十分に取り込んだアセスメントモデルの検討と開発が求められている<sup>(9)</sup>。

ところで、従来のアセスメントはきわめて機能主義的な評価に重点をおいている。アセスメントの過程で大切な視点は、生活課題を総合的に把握しながら問題の社会的解決にリンクさせることにある。大野勇夫は、ソーシャルワークとしてのアセスメントについて「単に個別的な援助の計画をたてるためとか、ましてやケアマネジメントのケアプランを作成するという狭い目的ではない」として、あるべき「社会福祉のアセスメント」の目的として、(1)総合的なアセスメントを行なうこと。(2)あれこれの場面での共通認識を形成すること。(3)専門的な援助関係を形成すること。(4)問題の社会的解決につなげることの4点を挙げている<sup>(10)</sup>。

以上の点からもアセスメントはケアマネジメントの過程において重要な位置を占め、その後の支援サービスの組み立て方や生活課題の解決にも大きな影響を与えることがわかる。さらに、

的確なケアマネジメントを遂行する上で、どのようなアセスメントシートを用いるのかが鍵を握ることになる。アセスメントシートは、職員の経験年数の長短や力量の有無にかかわらず、誰もが理解でき実施可能なものでなければならない。ここに共通のアセスメントシートを用いる意義がある。また共通のアセスメントシートを利用することは、生活全般にわたる問題状況の把握を可能にする。例えば、利用者の生活や暮らしの中に備わっているべきものが備わっていないなかったり、あるべきものが欠けているということを認識することができる。さらに支援課題を職員のできる範囲にとどめてしまっていたり、職員にとって得意なことは実施するが苦手なことは実施しないでおくというような立場やアプローチを許さないという点でも共通のアセスメントシートは有効に働く<sup>(11)</sup>。

これまでの障害者福祉実践は、重度の知的障害者の日中活動の実践をつくる際に、「できる・できない」という個人の能力に着目するだけでなく、集団的な実践の中で育んできている力に着目してきた。労働活動だけでは十分な手ごたえを感じ生活をつくっていくことが困難な利用者に対しては、利用者一人ひとりの生活を見つめ直し、障害の重い利用者の生きがいについて模索しながら援助目標が設定され実践が展開されている<sup>(12)</sup>。総合的な生活支援計画としての「個別支援計画」「施設支援計画」の作成には、こうしたアセスメントの視点と方法、福祉労働・福祉実践が作り出してきた価値、発達保障の理論と実践にも着目しておくことが重要である。

### 3. 国際知的障害研究協会（IASSID）の「指針」をふまえて

知的障害のある人たちの壮年期・高齢期の社会福祉のアセスメントを行なう上で大切な課題は、日常の行動や様子の変化を通して認知症やアルツハイマー病の発症について確認することや病的な老化の変化について把握することである。なぜなら、職員の知識不足からくる不適切なアセスメントの実施やそのことが身体機能の低下を促進する介護・ケアの提供につながってはならないからである。この点については、国際知的障害研究協会（IASSID）が「指針」として示した、アルツハイマー病や他の認知症を伴う知的障害者の生活支援のためのアセスメントとケアのための報告書から学ぶことができる。そこでは知的障害と認知症の両方に罹患した患者における共通の臨床的变化を診断・判定するための指針と、疾患の進行のステージに対応した医学的サポートの内容と介護の方法について論じている。

以下、国際知的障害研究協会 IASSID が示した「アルツハイマー病や他の認知症を伴う成人期の知的障害者のアセスメントと介護のための指針」より社会福祉のアセスメントを行なう上での基本的な視点について報告書から一部を抜粋して紹介しておく。壮年期・高齢期のアセスメントシートを開発していく上においても参考になるものと思われる。



〔アルツハイマー病と知的障害〕

知的障害におけるアルツハイマー病の占める割合はわかっていない。ほとんどの研究は、アルツハイマー認知症とダウン症候群（知的障害を最も高頻度を起こすことが知られている染色体異常症）との関連に集中している（Dalton & Crapper・MacLachlan, 1986; Harper, 1993; Oliver & Holland, 1986; Prasher&Krishnan, 1993; Silverman&Wegiel, 1994）。研究結果によると、40 才以上で死亡するダウン症候群患者の全てが、アルツハイマー病に見られる顕著な神経病理を持っていることを示している（Haxby & Shapiro, 1992）。また成人期のダウン症候群のほとんどの人たちが、アルツハイマー病の神経病理学的特徴を持つことは明らかであるが、成人期のダウン症候群における臨床的認知症の頻度は、アルツハイマー病に見られる神経病理所見から推定される頻度より低いこと、神経病理所見が見られてから 10 年から 15 年後に認知症を発症することがわかっている（Zigman, Selizer & Silverman, 1994）。

軽度あるいは中程度の成人期の知的障害者におけるアルツハイマー病に関する研究はほとんどないが、知的障害のみられない成人と同様の臨床的進行がみられることが示唆されている。知的障害のある人も、記憶・言語障害、方向感覚の喪失などがアルツハイマー病発症の兆候として現れる。認知症であることを示すその後の変化として（必ずしも発症するとは限らないが）、人格の変化、長期間にわたる無気力や無感動、過剰な反射、日常生活における活動の喪失、視覚保持欠如（目つきが安定しない）、発音障害、失見当識、パターン化した行動の増加、異常な神経徴候、てんかん発作などが挙げられる（Burt, Loveland & Lewis, 1992; Dalton & Crapper・McLachlan, 1986; Evenhuis, 1990; Holland, Karlinsky & Berg, 1993; Loveland & Burt, ）。さらに重度の知的障害のある成人において、アルツハイマー病認知症の臨床症状には、さらに社会からの乖離、無感動、注意力の減退なども含まれる（Lai & Williams, 1989）。

一般成人におけるアルツハイマー病の発症に関する文献はあるが、知的障害のある成人に関してはほとんどない（Marler & Cunningham, 1994; The Arc, 1995）。臨床医は一般成人において、アルツハイマー病の可能性がある、または可能性が高い診断結果が得られた場合、個々の患者に相応しい介護を決め、将来起りうる行動や能力の変化に対応した計画を立てる（Holland, Karlinsky & Berg, 1993; Kultgen & Holtz, 1992; Newroth & Newroth, 1980; Nowlker & Somple, 1993）。しかし、軽度あるいは中度の知的障害がある成人におけるアルツハイマー病認知症の診断法や将来における処置についての指針がないために、臨床医や介護者には困難が伴う（Carlsen et al., 1994; Chicoine et al., 1994; Gambert et al., 1988）。さらに、多くの臨床医は、知的障害の人々は認知症を発症しないと考えている可能性があり、患者に関する長期にわたる情報が得られなかったり、仮に得られたとしても、介護者の交替など長期にわたる観察者がいないことなどから、その情報が信頼できない場合がある。また、知的障害のある人々への介護サービスの提供においても、介護プログラムや介護計画を作成する際に、各々の患者に対応した指針がないために、介護者や介護サービスを提供する施設でも困難が生じている。結果として、知的障害やアルツハイマー病認知症の多くの成人は、発症の時期（初期）が早く、必要以上に介護が長期にわたる。さらに、知的障害者施設の職員の知識不足から、不適切な介護・ケア（特に、行動の制限が厳しすぎる介護）や身体機能の低下を促進する介護・ケアが提供されている。

〔アルツハイマー病と知的障害のための指針〕

一般的に、指針とはある共通の状況に対処するための手続きを提案することである。まず、指針を使う専門家や介護者などが共通の認識を持つために、表記方法、定義、問題を数量化するための枠組みを示す。

次に、発生した問題に対処するための方策を示す。それには介護のための臨床やプログラムに関する提案が含まれている。指針は多種の分野にわたり多様な状況に対応できるものである。

指針は、知的障害と認知症の両方に罹患した患者の共通の臨床的变化を診断・判定し、その患者の介護に関連したマネジメントの方法について論じる。指針は以下に述べる3段階に分けて提案する。(1)患者の変化の認知。(2)その変化の評価や認定を行う。(3)医学的な対応やケアマネジメントについて。以上、この指針は提案型のものであり、介護者を含む多様な分野のいろいろな段階について論じたものである。

知的障害や認知症の患者の介護に関する原則は、アメリカ合衆国のアルツハイマー病協会によって採用されている介護モデルから取られている（Alzheimer's Association, 1994）。この原則は、老齢化とその程度、安全性と危険性の比率、個人に相応しい診断・介護を目指すこと、患者の家族の適切な役割を考慮したモデルを定義している。また、この原理はアルツハイマー病患者にとって最も必要なことに注目し、かつ、適正に遂行する政策と方法について指針を与える。

この報告書で述べられている指針は、次の7項目の基本的仮定に基づいている。(1)患者一人ひとりに応じた介護が必要であり、この必要性が介護の仕方を決定しなければならない。(2)加齢に伴う身体的・精神的变化は自然なことであり、この事実を受け入れなければならない。(3)加齢とともに体力や感覚器官（耳や目など）の動きは低下するが、知的障害とは無関係である。(4)ダウン症候群の患者はアルツハイマー病を発症する可能性が高い。(5)認知能力の違いによって、診断方法は多少変えなければならないが、基本的には、知的障害の有無で診断方法を変えるべきではない。(6)アルツハイマー病認知症と思われる行動の変化が、可逆的であればアルツハイマー病が原因ではない。(7)個人の能力や身体機能は一人ひとり異なり、その個人の能力や機能に基づいて、その後の変化を評価する必要がある。

これらの点を考慮し、次に示すことを提案する。(1)自然な加齢による身体能力や行動の変化と、病理学的加齢による変化を区別する必要がある。(2)その変化に対処するために、診断において参照するものや評価方法を準備する必要がある。(3)アルツハイマー病による認知症であることを示す診断結果が出た場合には、すぐに対処できるように、常日頃から治療・介護・環境に関する準備をする必要がある。これらの指針は、患者がアルツハイマー病認知症である可能性が非常に高いことに基づいている。

第1段階「自然な加齢による身体的・精神的变化の理解、認知症の危険因子に着目すること、認知症による変化の認知」

標準的加齢には、感覚機能的・身体的・心理的・行動的变化が伴う。病理的变化を理解するには、これらの標準的变化と、病理的理由による変化の違いを知ることが重要である。したがって介護者は、正常な加齢と病理的加齢についての知識が必要である。

アルツハイマー病の可能性のある知的障害者には、50才以上の成人、40才以上のダウン症候群の成人、家族にアルツハイマー病患者がいる、またはいた成人が含まれる。これらの危険因子があるからといってアルツハイマー病認知症や他の認知症に罹患するとは限らない。しかし上に述べた危険因子が1つ以上ある場合は、アルツハイマー病を発症する危険性が高くなる。

定期検診で、病理学的な加齢に伴う行動変化を見極める初期症状としては以下のものが挙げられる。日常生活において予期できない行動、料理・着衣・洗濯などの能力の低下、記憶の喪失、新しいことを学ぶことが困難、情動・態度・様子の変化、仕事を忘れるなど社会生活が難しい、楽しい活動に参加できない、夜中に覚醒するなど規則的な生活リズムの乱れ、パターン化された行動の増加あるいは減少、てんかん発

作の出現などである。これらの行動の変化は、認知症以外の原因（抑うつ症、感覚器官異常、甲状腺機能亢進（減退）症）、あるいは認知症ではないかもしれない。可逆的で治療が可能なものについては、上述の兆候が見られたら、直ちに診断をしてもらう必要がある。

認知症の進行経過、症状は人によって非常に異なっている。上述の症状は、他の知的障害者よりもダウン症候群の患者で異なる発現の仕方をすることがある。例えば、ダウン症候群の初期段階において、記憶喪失が必ずしも最初の症状ではないし、アルツハイマー病認知症との関連が言われている幾つかの症状についても必ず起きるわけではない。実際に観察される症状には以下に述べる症状が含まれる（以前には見られなかったてんかん発作の出現、性格の変化、無感動、会話ができなくなる、失禁、自己管理ができない）(Dalton & Crapper・McLachlan, 1986; McVicker, Shanks & McClelland, 1994)。

定期的検診により、日常的な行動の基準を決め、長期にわたる検査で変化の兆候を見極める必要がある。定期的検診が不可能な場合、患者の生活歴の記録（主な出来事、能力や他の技能などの記録を含めて）など、別の手段で、変化の評価をする必要があるかもしれない。このような基準の確立や生活歴の調査から、正常な行動が理解でき、病理的加齢による変化が明らかになる。さらに、変化の兆候は、包括的老年医学的評価・一般検診（例えば、甲状腺ホルモン・聴覚・視覚検査など）・認知力や身体機能の評価から得られることがある。

老化速度の早い危険性があるダウン症候群患者の成人は40才から、それ以外の人は50才から認知能力・健康の程度・身体機能を含む日常的な基準の確立を始めることを推奨する。その後、定期検診でこれらの機能の変化を評価する必要がある。

## 第2段階「評価と認定」

アルツハイマー病認知症の疑いがある時には、適切な幾つかの異なる診断結果を参照して、完全な認定がなされなければならない。そのために、第2段階は以下の3つの手続きにより、見出された変化に対処する。（1）医療従事者や介護者などから複数の情報を集め、変化の確認をする。（2）診断医のために、身体機能や行動などの情報をできるだけ集める。（3）鑑別診断のために、診断作業のための参考記録を作成する。アルツハイマー病の診断において「可能性のある」と「可能性が高い」症状を区別するために（表を参照のこと）、適切な臨床試験結果に基づいた症状の進行程度が確認される必要がある。知的障害者の診断において、行動の定期的な観察は重要な基準であることから、信頼性の高い診断を得るためには、繰り返し検診をする必要がある。診断基準の詳細、評価方法、検診に使う器械については、Alyward et al. (1995) による文献を参照のこと。また検診で集めるデータや情報の解析の仕方については、Zigmn et al. (1995) による文献を参照のこと。

診断には、家族・介護者・患者をよく知る人から得た治療歴の詳細が含まなければならない。既往歴には、使用した薬剤、過去と現在の病気、治療歴、入院歴、認知症の家族歴が含まれる必要がある。これは能力の進行性後退、性格の変化、記憶障害、日常生活の困難があるかどうかを正確に認識するためである。知的障害者は可能な限り多くの点でこれらの診察過程に参加し、患者本人に異なる意見があるかどうか問診する必要がある。ダウン症候群やプラダーウィリー症候群の患者には、睡眠時無呼吸の兆候についても調べる必要がある。

診断には、さらに感覚・運動系の検査（特に、視覚・聴覚を含む）を加えた身体検査や神経学的検査が



含まれる必要がある。簡単に実施できる精神状態のテストは、身体の方性、注意力、短期記憶、学習できるレベルの計算・読解・作文・名前を覚える・絵の模写・まねて繰り返す・理解力・判断力・などの能力の検査に使われる。しかし、精神状態のテストから、認識能力が制限されている患者に関する情報を得るのは難しい。このような時、精神状態のテストの結果は、患者の過去の既往歴や能力なども考慮に入れる必要があり、テストの結果だけで判断してはならない。

表：一般成人におけるアルツハイマー病の NINCDS / ADRDA 診断基準

\* McKhann et al. (1984) によるものを改変

可能性のあるアルツハイマー病

以下に述べる兆候がある場合には、「アルツハイマー病の可能性がある」と診断できる。

- ・ 非定型の特徴がある場合
- ・ 全身的な病気がある場合（認知症の原因ではないと考えられる）
- ・ 進行性の認知能力の欠損だけがある場合

可能性の高いアルツハイマー病

この診断には、以下に述べる基準が含まれる。

- ・ 認知症に罹っている
- ・ 認知能力においては少なくとも2種類の欠損がある
- ・ 進行性悪化
- ・ 意識のくもりがない
- ・ 年齢が40才～90才に入る
- ・ 全身的欠陥がない

診断結果は以下に述べる症状によって確認される。

- ・ 個々の認知機能の進行性悪化
- ・ 日常生活における活動の低下
- ・ 家族歴に認知症がある
- ・ 腰椎穿刺結果が正常、脳波が異常、CTで確認できる萎縮（あるいは萎縮の進行）診断と両立しうる

症 状

- ・ 病気の経過中に平坦状態（進行がとまる時期）がある
- ・ 精神病の症状がある
- ・ 神経学的兆候がある
- ・ 発作がある
- ・ CTが正常

以下の場合には、アルツハイマー病ではない可能性が高い。

- ・ 突然の発症
- ・ 局所的な神経学的兆候
- ・ 病気の初期における発作や歩行困難

確定アルツハイマー病

基準として以下のことが含まれる。

- ・ 可能性の高いアルツハイマー病の診断基準に合致する
- ・ 病理組織的所見

さらに、知的障害（特に、抑うつ症）の可能性を排除するために、診断には精神医学的評価と記憶・見当識・言語能力・知的能力・認知能力など多数の能力を測定するための神経心理学的評価が含まれる必要がある。これらの正常時の基準データは、将来における能力の維持や損失の判定に必須である。

最も徹底した診断には、血液や尿検査などの定期的臨床検査が行われる。さらに、必要に応じて、脳波・MRI・コンピューター断層撮影などによる検査、胸部 X 線撮影や心電図などの健康診断も行われる。また薬剤投与歴や現在使用している処方薬や一般薬などの薬理学的評価も診断に含まれる必要がある。

これらの内、特に会話によるコミュニケーションが要求される検査は、重度の知的障害者には不適切である。重度の知的障害者の能力の変化を判定するためには、最小限年 1 回、あるいはもっと頻繁に行動や日常生活における活動能力（activities of daily living；ADL）の評価が行われる必要がある。

一般的な検診を受診できる施設や医者などには、老人科、記憶障害クリニック、アルツハイマー病介護施設、アルツハイマー病センター、専門医や老人ヘルスケアチーム、一般診断医、老人精神医学医、神経科医、それ以外の臨床医などがある。他に受診できる特別な施設として、地域の知的障害者のためのクリニック、精神医学施設、高齢者サービス機関、大学の認知障害や発生障害プログラムが挙げられる。

### 第 3 段階 医学的な対応とケアマネジメント

第 3 段階では医学的な対応と介護を含む生活全般のいわゆるケアマネジメントが並行して行われている。患者にとって必要な時は、これらを定期的に続けて実施されなければならない。

医学的な対応は、聴覚障害、脳卒中、白内障などの治療可能な症状への対処を行う。こうした対応は、一般の人の治療と同じように徹底して行わなければならない。薬物療法の際には、加齢とともに脆弱化している中枢神経系に対する障害を考慮に入れる必要がある。多剤投与が特に障害を起こしやすい。また、抗てんかん薬は認知力や行動能力の低下を起こしやすい。例えば、ピガバトリンなど、最も新しい抗てんかん薬は、発作には劇的な効果を示すが、行動能力の低下を引き起こす可能性がある。テグレトールやバルプロ酸などの抗てんかん薬は、おそらく精神安定剤としての効果と相まって、積極的行動を抑制しやすい。

認知症とは、抑うつ症などの精神病が共存することがよくあるために、患者は障害を持たない人たちと同じように治療が保障される必要がある。特に治療については、攻撃性といった漠然とした症候ではなく、確定した診断に合わせる必要がある。向精神性薬剤を行動の制御に使用する時には、急性症状に限るべきであり、可能な限り迅速に精神病を治療する適切な薬剤治療に代える必要がある。

薬剤治療では処方内容を頻繁に検討し、できるだけ少ない種類で少量を用いた投与を目指すべきである。症状は一定ではなく、時間とともに変化するために、医学的・精神医学的及び認知力の変化を絶えず観察する必要がある。

病状の悪化に伴い、介護にかかる処置が少なくなることに応じて、必要な医学的な対応が多くなる。病気が最終段階に入り、患者自身の生活能力や運動能力が欠損すると、患者は歩行したり、立ち上がったたり、食物を咀嚼し、飲み込んだり、腸や膀胱の調節ができなくなる。これらの機能的欠損や全身的無反応性に加えて、発作が始まったり、感染症に罹る危険性が高くなることがある。このように、身体機能の完全な欠失により、基礎的看護や感染症、最終的な死をできる限り防ぐための医学的な対応をより重視する必要がある。

ケアマネジメントは、病気の進行段階に適した治療計画を作成し、実施するものである。ケアマネジメ

ントの一般原則には、以下に述べる3項目が含まれる。(1)患者が身体機能を確保したり、最大限に発揮するのを手助けする。(2)病気の進行段階に相応しい介助やサポートをする。(3)様々な分野が関与し、複数の情報に基づく介護計画を実行する。介護の実施には、適切な介助のために参考となる記録を作成したり、生活環境を改善したり、患者の身体能力を考えて介護計画を変更したり、知的障害をもつ人たちの固有のサポートを念頭において高齢者用あるいはアルツハイマー病患者用の介助方法を採用するかどうかを決定したりする活動を含んでいる。また、ケアマネジメントにおいて治療計画を患者一人ひとりに相応しい方法で適用し介護上の問題や介護者が気づいたことに対処したり、この進行段階において、介護記録をつけることは、患者の変化や要求を知るために必須である。

#### 4. 高齢知的障害者の予防的なケアの提供とアセスメントの着目点

高齢知的障害者の予防的なケアの提供と生活支援を進める上で重要なアセスメントの指針は、まず、加齢に伴う身体的、精神的变化は自然なことであり、この事実を受け入れなければならないという点にある。確かに体力や感覚器官（耳や目など）の働きは、加齢とともに低下するが、知的障害はこの加齢とは直接的に関係はない。つまり、社会福祉のアセスメントにおいても正常な加齢と病理的加齢について見極めることが重要な指針なのである。病的な加齢については日常生活における予期できない行動、食事摂取・衣類の着脱・入浴・排泄などの日常生活能力の低下、記憶の喪失、新しい知識を学ぶことが困難になったり、これまでできていたことを忘れる等、社会生活を営む上での困難が含まれる。また、夜中に覚醒するなど規則的な生活リズムの乱れ、パターン化された行動の増加あるいは減少、てんかん発作の出現などもみられる。これらの行動の変化は、認知症以外の原因、例えば、抑うつ症、甲状腺機能亢進（低下）症によりもたらされていることもあるので判断に注意を要する。よって、日常的な行動における観察の着目点を決め、長期にわたる継続的な臨床検査及び普段からのアセスメントの実施により変化の兆候を見極めることが大切である。もちろん、本人の生活歴など別の方法で変化の評価を行うことも必要である。このことが予防的なケアの提供、より豊かな生活支援に結実していくことになる。こうした継続的なアセスメントを実施していくためには日常の福祉実践の中にアセスメントに関する着目点を見い出すことである。

例えば、労働・日中活動では、作業・取り組み場面の变化を意欲や集中力、作業能力にみることができる。それは、「意欲の低下」「丁寧に仕事ができるようになった」「集団での仕事ができるようになった」「一週間のなかに休息日が必要になった」「休みがちになった」などが挙げられる。生活基盤に関する領域では、経済環境の変化や住環境の変化だけでなく、家族構成の変化、両親の一方の死や長く向い合ってきた施設職員の職場異動など利用者の精神面に大きな影響を及ぼす内容である。健康に関する領域では、老化に関する外見的变化だけでなく食事介助の提供場面等の中で、「噛めなくなってきた」「箸がうまく使えなくなってきた」「食事の量が減ってきた」ということが職員も直感的に掴める。日常生活に関する領域でも単に衣類の

着脱ができなくなってきたというだけでなく、「着替えに時間がかかる」「お洒落を気にしなくなってきた」、またそれとは逆に「服のコーディネートができるようになった」といったポジティブな変化もある。社会生活能力に関する領域では、「人と会うのを好むようになった」「他者に配慮ができるようになった」「リーダーシップが取れるようになった」といった関係性など、対人関係の中でみられる変化に着目する。こうした日々の福祉実践を通して着目している点をアセスメント項目としてシートに整理しておく必要がある<sup>(13)</sup>。なぜなら、福祉現場の実践記録に目を通して、担当職員として気になる行動上の変化は記入されていても、生活環境の変化や身体的な変化についての記入がなされていない場合やいつから顕著な変化が始まっていたのか記録の上で把握・確認できない場合、利用者の消極的な変化ばかりに目が向いて、より豊かな部分や積極的な面に目が向いていない場合もある。年齢の若い職員であるなら「加齢」ということが自身の経験・体験から学ぶことが出来ないことも多い。それだけにアセスメントの視点を共有しておくことが大切である。

こうしたアセスメントの実施は、利用者の置かれている状況を把握し、意向・希望を尊重しながら利用者のよりよい生活を実現していくための支援課題を明らかにしていくことにその目的がある。そして、障害者福祉実践とケアマネジメントといった観点からアセスメントを実施していく際に、あらためて障害者福祉実践とは何か、その本質についての理解が大切になってくる。それは、高齢者福祉の実践においても同様のことが言える。一方的に援助を提供するというのではなく、福祉実践には利用者同士の相互理解や協力というものを作り出す意図的な職員の働きかけがある。ここに福祉労働・福祉実践の特徴と奥行きのある深さがある。こうした点からアセスメントといった福祉技術の展開過程における実践的課題の検討を進めていく際にも福祉労働論・実践論に着目することが大切であると言える。尚、本稿では、この点について十分深めることはできないが、別の機会に障害者福祉施設に働く生活支援員の業務調査を通して明らかにしていきたい。

〔注〕

- (1) 「知的障害者援護施設の年齢階級別在籍者数」『発達障害白書 2004』編集、日本知的障害者福祉連盟、日本文化科学社、2003 年、参照。
- (2) 2000 年 6 月、知的障害者の高齢化に関する政策的な提言を行うために「高齢化対応検討会」(委員長、吉川武彦)が設置された。本検討会に託されたテーマは、1997 年 12 月に身体障害者福祉審議会等から発表された「今後の障害者保健福祉施策のあり方について(中間報告)」における「基本的な施策の方向」に関する施策の具体化である。高齢化対応検討会が発表した報告書が、ノーマライゼーションの理念や ICF の到達点及び今日の知的障害者とその家族の生活実態と生活ニーズから出発して、必要な政策提言がなされているかどうかの吟味が必要である。
- (3) Practice Guidelines for the Clinical Assessment and Care Management of Alzheimer and other Dementias among Adults with Mental Retardation.  
Report of the AAMR-IASSID Workgroup on Practice Guidelines for Care Management Alzheimer Disease

Among Adults with Mental Retardation. JUNE 1995.

- (4) 高橋亮, 有馬正高訳「国際知的障害研究協会とインクルージョン インターナショナルによる世界保健機関への報告書～加齢と知的障害 長寿と健康な加齢を推進するために～(概要)」p.9, 2000年1月。尚, 原文は A Report Submitted to the World Health Organization by the International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities and Inclusion International. Aging and Intellectual Disabilities Improving Longevity and Promoting Healthy Aging 2000年。
- (5) 同上, p.11。
- (6) 植田章「障害者の医療保障と課題」高谷清・武内一・植田章編『障害者の健康と医療保障』法律文化社, 1997年参照。
- (7) 窪田暁子『食事状況に関するアセスメント面接の生まれるまで』, 生活問題研究3号, p.58, 生活問題研究会, 1991年。また, ソーシャルワークにおけるアセスメントをより実践的理論的に捉えたものとして, 結城俊哉『生活理解の方法 食卓から援助実践への展開』ドメス出版, 1998年がある。
- (8) 世界保健機関(WHO)『ICF・国際生活機能分類 国際障害分類改訂版 日本語版』中央法規, 2002年。介護支援専門員実務研修テキスト作成委員会編集『介護支援専門員実務研修テキスト(全一巻)』, 長寿社会開発センター, 2003年を参照した。
- (9) ICF(国際生活機能分類)はかなり複雑な特徴を有しているが高齢者分野でのケアマネジメントへの活用を検討したものに, 佐藤久夫「ICFの何を, どう活かすか～ケアマネジメントへの活用～」『月刊福祉4』全国社会福祉協議会, 2005年4月。大川弥生『介護保険サービスとリハビリテーション～ICFに立った自立支援の理念と技法』中央法規, 2004年がある。
- (10) 大野勇夫, 川上昌子, 高橋玖実子共編『社会福祉のアセスメント・ケアプランを作成する前に-』中央法規, pp.21-25, 1997年。
- (11) 障害者福祉実践とケアマネジメントの視点からアセスメントの視点と方法について論じたものとして。植田章, 峰島厚著『個別支援計画をつくる～利用契約制度と障害者ケアマネジメント』障害者生活支援システム研究会編, かもがわ出版, 2004年4月。
- (12) 障害者福祉制度が大きな転換点を迎える中で, 私たちの福祉実践においてこれまで大切にしてきたのかは何か, 何を置き去りにしてはならないのかが問われている。発達保障理論をふまえて, 障害の重い利用者の労働・日中活動, 暮らしの場をどう築くのか, 理論と実践を統合する視点からまとめたものに白石恵理子『青年・成人期の発達保障 一人ひとりが人生の主人公』全国障害者問題研究会出版部, 2002年8月が参考になる。
- (13) 施設サービス支援計画の作成とかがわって, 日常の福祉実践に着目したアセスメントシートのモデルとして示したものに, 拙稿「施設サービス支援計画～支援計画づくりの基本と例示」

#### [参考文献]

Matthew P.Janicki & Arthur j.Dalton, 1999. Dementia, Aging, and Intellectual Disabilities: A handbook.  
A Report of the Aging Special Interest Reserch Group of theInternational.  
Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities. 2000.  
Healthy Aging-Adults with Intellectual Disabilities.  
Womens Health and Related Issues. Geneva, Switzerland: World Halthe Organization.  
『知的障害者の退行の発見・予防・ケア』日本知的障害者福祉連盟, 2004年  
植田 章『知的障害者の加齢とソーシャルワークの課題』高菅出版, 2004年



アルツハイマーや他の認知症を伴う高齢知的障害者のアセスメントの指針（植田 章）

〔付記〕

本研究については，2005 年度佛教大学特別研究助成を得て進めたものである。

尚，本稿に紹介した国際知的障害研究協会（IASSID）の「指針」の翻訳にあたり医学用語や臨床的な内容については二木康之氏（佛教大学社会福祉学部教授，小児神経科医，医学博士）から貴重な助言と示唆を頂いた。記して感謝の意を申し述べたい。

（うえた あきら 社会福祉学科）

2005 年 10 月 19 日受理